



- -

Petersen, Poul Erik; Kuzmina, Edith M.

*Published in:*  
Dental Forum

*Publication date:*  
2017

*Document version*  
Andet version

*Document license:*  
[Ikke-specificeret](#)

*Citation for published version (APA):*  
Petersen, P. E., & Kuzmina, E. M. (2017). - - . *Dental Forum*, 2017(1[64]), 2-11.



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ФОРУМ СТОМАТОЛОГИИ»

# DENTAL FORUM

№1 | 2017



Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № 1-01624 выдано Центральным территориальным управлением Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций 22 июня 2004 г.

**Учредитель:**

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

**Главный редактор:**

д.м.н., проф.  
Э.М. КУЗЬМИНА

**Научный редактор:**

к.м.н. Н.К. ПАЗДНИКОВА

**Перевод:**

д.м.н. И.Н. КУЗЬМИНА

**Секретарь:**

к.м.н. Б.Ф. АБДУСАЛАНОВА

**ВСЕ ПУБЛИКУЕМЫЕ СТАТЬИ  
РЕЦЕНЗИРУЮТСЯ**

**Редакционный совет:**

С.Д. АРУТЮНОВ (Москва)  
Ю.А. ГИОЕВА (Москва)  
К.Г. ГУРЕВИЧ (Москва)  
П.А. ЛЕУС (Белоруссия)  
И.В. МАЕВ (Москва)  
А.Ю. МАЛЫЙ (Москва)  
Е.Е. МАСЛАК (Волгоград)  
А.В. МИТРОНИН (Москва)  
К.А. ПАШКОВ (Москва)  
Л.С. ПЕРСИН (Москва)  
С.Т. СОХОВ (Москва)  
Н.Д. ЮЩУК (Москва)  
О.О. ЯНУШЕВИЧ (Москва)  
А. BORUTTA (Германия)  
А. EUBA (Германия)  
Е. HONKALA (Финляндия)  
Р.-Е. PETERSEN (Швейцария)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

127006, г. Москва,  
ул. Долгоруковская, д.4, офис 704  
Тел. 8 (499) 973-02-19,  
факс 8 (499) 973-02-00  
e-mail: dentalforum@mail.ru  
www.dental-forum.ru

подписной индекс 36004  
в каталоге "Пресса России"

**Электронные версии журнала**

«Dental Forum» представлены  
в базе данных Научной электронной  
библиотеки на сайте [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru).

ISSN 2077-6632

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения редакции. При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на «Dental Forum» обязательна. Авторские материалы не обязательно отражают точку зрения редакции. За содержание рекламных материалов редакция ответственности не несет.

«DF» с 2007 г. входит в Перечень рецензируемых журналов, рекомендуемых ВАК для публикации результатов диссертаций, и вновь перерегистрирован 01.12.2015 г.

**Информация МДЗ при МГМСУ**

**Распространенность стоматологических заболеваний. Факторы риска и здоровье полости рта. Основные проблемы общественного здравоохранения**  
П.Э.Петерсен, Э.М.Кузьмина

2

**Оригинальные исследования**

**Эффективность профилактики кариеса зубов у детей, перенесших острый стресс**  
Ф.А.Дзуцева, А.О.Гацалова

12

**Возможности применения метода ICDAS для оценки кариеса зубов у взрослых**  
Э.М.Кузьмина, С.А.Урзов

16

**Генетические маркеры резистентности к антибиотикам штаммов анаэробных бактерий биоплёнки**

В.Н.Царёв, Е.В.Ипполитов, Е.Н.Николаева, А.А.Лабазанов

24

**Распространенность и интенсивность заболеваний твердых тканей зубов у боксеров**

В.Г.Галонский, А.В.Паценко, А.А.Майгуров, С.В.Кунгуров

27

**Оценка состояния композитных реставраций после проведения глубокого фторирования у больных с наследственными коагулопатиями**

А.И.Абдурахманов, З.А.Абубакарова

34

**Сравнительная оценка размерной точности оттисков в эксперименте**  
Е.Н.Жулев, Ю.А.Вокулова

36

**Содержание ионов хрома и никеля в ротовой жидкости у пациентов с несъемными металлическими конструкциями**

Л.Н.Казарина, Е.В.Серхель, А.Е.Широков

43

**Обзорные и обучающие статьи**

**Влияние консольного элемента несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты**

Р.Ш.Гветадзе, А.Н.Федоровский

46

**В помощь практическому врачу**

**Роль фторидсодержащих препаратов для снижения повышенной чувствительности зубов**

М.Р.Соколовская

51

**Эффективность противовоспалительной зубной пасты при заболеваниях тканей пародонта**

Е.Ю.Старцева, К.А.Березин, О.Р.Исмаилов

59

**Применение безлекарственных антисептических средств в комплексном лечении хронического пародонтита**

О.О.Янушевич, В.Г.Атрушкевич, Р.А.Айвазова, Е.Ю.Соколова

63

**Увеличение объема костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти методикой ротации костного лоскута**

А.М.Цициашвили, А.М.Панин

68





# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ФАКТОРЫ РИСКА И ЗДОРОВЬЕ ПОЛОСТИ РТА. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

П.Э.Петерсен<sup>1</sup>, Э.М.Кузьмина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Всемирная организация здравоохранения.

<sup>2</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

## РЕЗЮМЕ

В последние годы в различных странах отмечено значительное улучшение показателей здоровья полости рта, однако распространенность стоматологических заболеваний среди неблагоприятных слоев населения остается высокой. Одними из основных общих факторов риска являются социальные условия окружающей среды, а также низкая доступность медицинских услуг. В связи с этим необходимо усиление деятельности общественного здравоохранения, направленной на проведение профилактики стоматологических заболеваний, оказание первичной стоматологической помощи, а также пропаганду здорового образа.

**Ключевые слова:**  
стоматологическое здоровье,  
заболевания полости рта,  
факторы риска, общественное  
здравоохранение

Несмотря на значительное улучшение стоматологического здоровья населения ряда стран, глобальные проблемы в общественном здравоохранении все еще сохраняются. Так, кариес зубов, заболевания пародонта, потеря зубов, рак полости рта, состояния полости рта, связанные с ВИЧ/СПИД, а также травматические поражения зубов остаются основными стоматологическими заболеваниями. Негативное воздействие на состояние организма оказывает неудовлетворительная гигиена полости рта. Наличие боли и дискомфорта в полости рта, проблемы, связанные с пережевыванием пищи, улыбкой и общением в результате потери, изменения цвета или повреждения зубов, значительно влияют на повседневную жизнь и благополучие населения. Заболевания полости рта ограничивают деятельность пациентов в школе, на работе и дома, являясь причиной потери миллионов школьных и рабочих часов по всему миру.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** изучить распространенность стоматологических заболеваний на глобальном и региональном уровнях, а также влияние основных социально-поведенческих факторов риска на состояние полости рта.

Источником информации был Глобальный банк данных стоматологического здоровья ВОЗ [19,30], созданный на основе научных отчетов различных стран о результатах проведения стоматологического обследования населения. Для получения достоверных данных клиническую оценку состояния полости рта осуществляют с помощью стандартных методов ВОЗ, при этом для предупреждения расхождения исследуемых показателей проводят калибровку специалистов, участвующих в стоматологическом обследовании. Данные по странам собираются регулярно с целью мониторинга стоматологического статуса населения и определения соответствующих мероприятий со стороны общественного здравоохранения. Кроме того, ВОЗ разработала анкеты для сбора информации о самооценке здоровья полости рта, позволяющие оценить влияние социальных факторов риска [33].

## Социальные факторы риска

Современные глобальные и региональные модели стоматологической заболеваемости отражают риски, связанные с условиями и образом жизни населения, а также деятельностью различ-





**Рис.1.** Уровни интенсивности кариеса постоянных зубов у 12-летних детей в разных странах мира (ВОЗ, 2014) [19,30]

ных стоматологических служб. Большинство эпидемиологических исследований, проводившихся в развитых и развивающихся странах, доказывают значительную роль социально-поведенческих и экологических факторов риска в возникновении заболеваний полости рта [15]. Исследования показывают, что многие люди страдают от боли или дискомфорта в результате кариеса зубов или заболеваний пародонта. Болезни зубов и полости рта встречаются у людей всех возрастов [19], при этом их распространенность особенно высока среди бедных слоев населения.

Многие хронические заболевания и поражения имеют общую группу модифицируемых факторов риска. Установлены общие факторы риска возникновения стоматологических и ряда неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, сахарный диабет, рак и хроническая обструктивная болезнь легких. Ключевые факторы риска (диета, особенно-сти питания, употребление табака и алкоголя) связаны с неправильным образом жизни населения [26]. Богатая углеводами пища является фактором риска развития кариеса зубов и других хронических заболеваний; употребление табака и алкоголя - заболеваний пародонта и рака полости рта. Сильную взаимосвязь между некоторыми стоматологическими и хроническими заболеваниями можно объяснить воздействием общих факторов риска, которые имеют

тенденцию к концентрации в группах неблагоприятных слоев населения. В то же время состояния полости рта могут быть проявлением общих заболеваний (ВИЧ/СПИД) и являться индикаторами соматической патологии, например, в случае пародонтита тяжелой степени и сахарного диабета [11].

### Распространенность кариеса зубов

**К**ариес зубов и заболевания пародонта исторически считаются основными стоматологическими заболеваниями. В развитых странах кариес зубов до сих пор остается серьезной проблемой здравоохранения, при этом его диагностируют у 60-90% детей школьного возраста и большинства взрослого населения [19,30]. Распространенность и интенсивность кариеса зубов варьируют в разных частях мира, а также в пределах одного региона или страны. На *рисунке 1* представлены уровни интенсивности кариеса постоянных зубов (по индексу КПУз) среди 12-летних детей в различных странах мира. Показатели КПУз в данной возрастной группе наиболее высоки в ряде стран Латинской Америки и Европы, наиболее низкие - в странах Африки [19,30].

В большинстве развивающихся стран интенсивность кариеса постоянных зубов у детей на протяжении нескольких лет оставалась низкой (*рис.2*), однако в настоящее время данный показатель быстро увеличивается [15]. Это можно



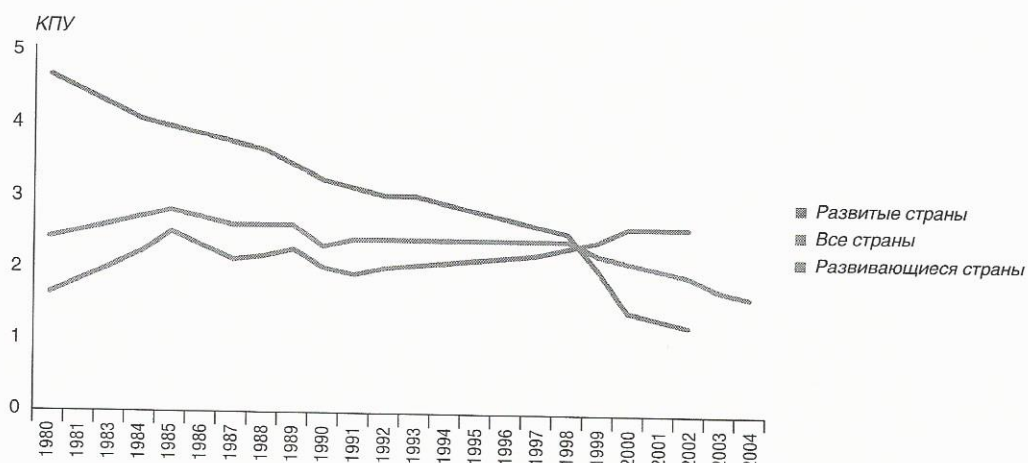
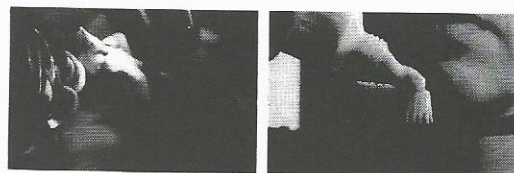


Рис.2. Динамика интенсивности кариеса постоянных зубов у 12-летних детей в экономически развитых и развивающихся странах [19,30]

объяснить изменением характера питания и массовым употреблением углеводов, неправильным образом жизни, несоблюдением гигиены полости рта и неправильным использованием фторидов.

В развитых странах, напротив, распространенность кариеса зубов у детей снижается в

течение последних 30 лет. Данная тенденция является результатом проведения профилактических мероприятий в области общественного здравоохранения, в том числе школьных программ по поддержанию стоматологического здоровья, эффективного использования фторидов, улучшения индивидуальной гигиены полости рта в сочетании с пропагандой здорового образа жизни [15].

Аналогичная тенденция выявлена и в России. Данные двух национальных эпидемиологических стоматологических обследований по критериям ВОЗ, проведенных в 1998 и 2008 гг., продемонстрировали снижение распространенности кариеса постоянных зубов у детей: с 22 до 13% - у 6-летних, с 78 до 73% - у 12-летних, с 88 до 82% - у 15-летних [1,2]. Средний показатель индекса КПУ в возрастной группе 12 лет в 2008 г. снизился до 2.5, что соответствует низкому уровню интенсивности кариеса по градации ВОЗ (рис.3).

Распространенность кариеса зубов среди взрослого населения большинства стран достигает 100%. Во многих странах Западной Европы, большинстве регионов РФ, Канаде, некоторых странах Латинской Америки, Австралии среди возрастной группы 35-44 лет отмечается высокий уровень интенсивности кариеса зубов, в то время как в развивающихся странах Африки и Азии - низкий (рис.4).

У пожилых людей значения индекса КПУ высокие, при этом остается значительной доля зубов, удаленных в результате кариеса (рис.5). В России среднее значение компонента «У» в структуре индекса КПУ в 2008 г. составило 18.3 [1].

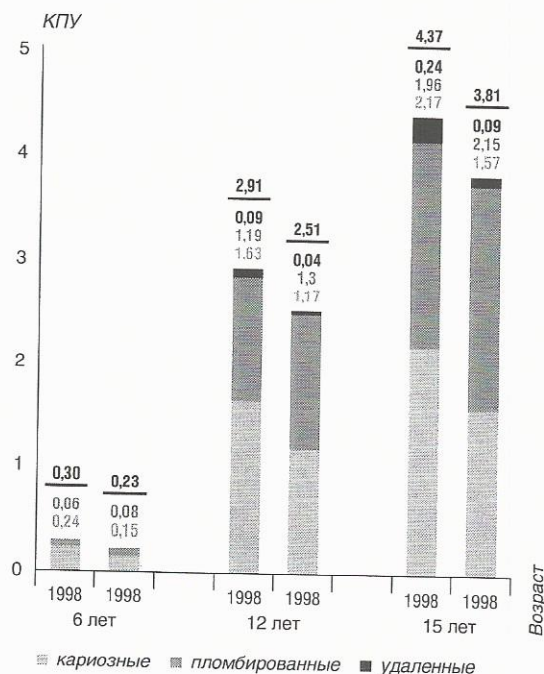
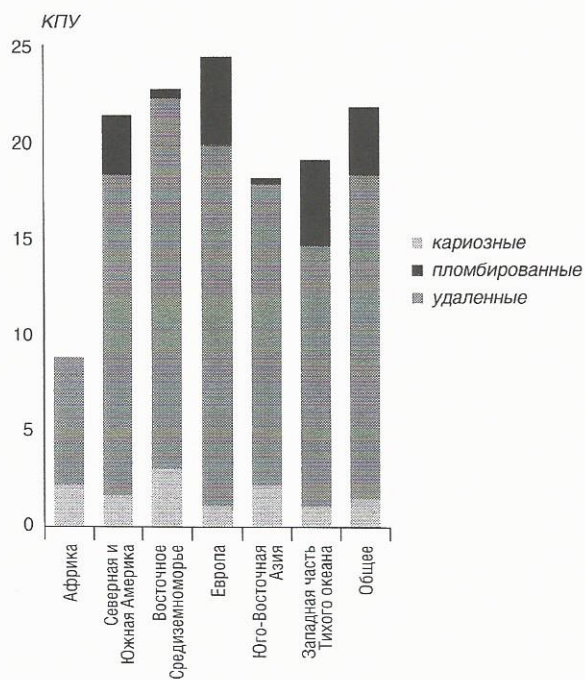


Рис.3. Интенсивность кариеса постоянных зубов у детей РФ в 1998 и 2008 гг. [1,2]



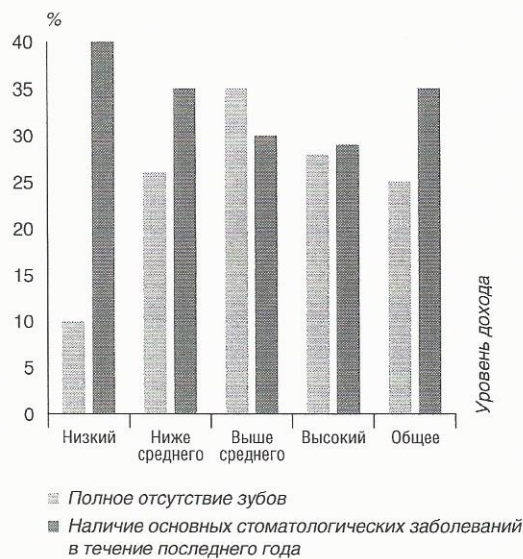


**Рис.4.** Уровни интенсивности кариеса зубов у взрослого населения 35-44 лет в разных странах мира [19,30]



**Рис.5.** Интенсивность кариеса зубов у лиц 65 лет и старше по данным Региональных бюро ВОЗ [22]

В некоторых развитых странах у пожилых людей зубы часто удаляли в раннем возрасте при острой боли в результате кариеса зубов и его осложнений, а также из-за ограниченного доступа к лечению зубов [22]. В странах с высоким уровнем дохода отмечена тенденция к снижению потери зубов среди пожилого населения, однако доля лиц в возрасте 65 лет и



**Рис.6.** Процент лиц 65-74 лет с полным отсутствием зубов, а также имеющих основные стоматологические заболевания в странах с различным доходом населения [15,24]

старше с полным отсутствием зубов остается высокой (рис.6) [6].

В странах со средним доходом в последние годы показатели заболеваемости зубов кариесом среди пожилых людей существенно возросли, при этом зубы часто удаляют в результате нехватки стоматологов и высоких цен на лечение. В России количество лиц с полным отсут-



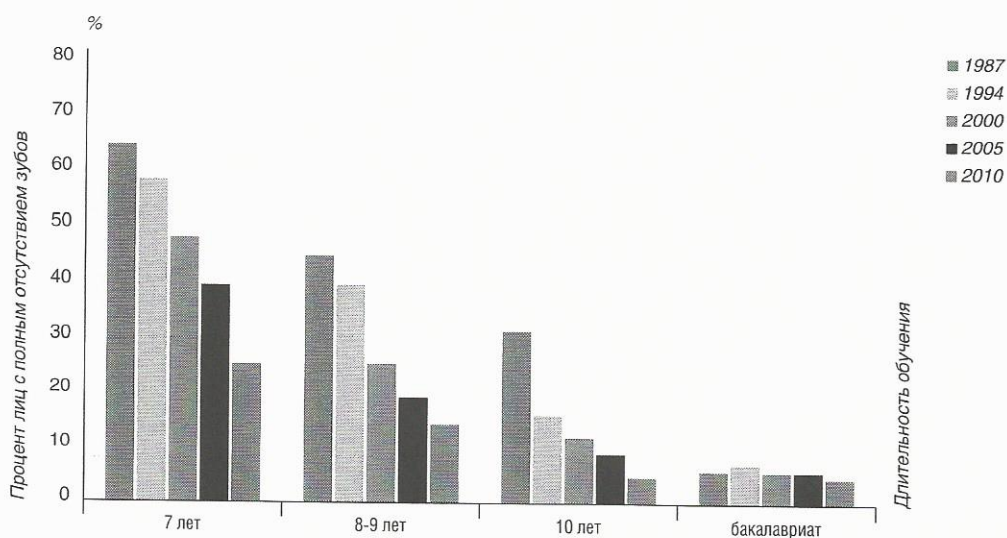
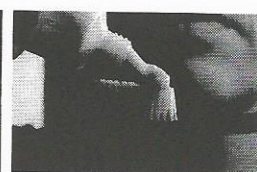


Рис. 7. Процент населения Дании в возрасте 65 лет и старше с полным отсутствием зубов в зависимости от уровня образования [21]

ствием зубов, в среднем, составляет 14% [1], а в отдельных Федеральных округах (Северо-Западном, Дальневосточном) достигает 20%.

Улучшение стоматологического статуса отмечается в скандинавских странах, имеющих развитую стоматологическую службу, ориентированную на профилактику и поддержание здоровья полости рта. В Дании значительно снизилась доля удаленных зубов, при этом большинство населения имеет в полости рта 20 зубов и более [21,23]. Следует отметить, что влияние социального неравенства на стоматологический статус сохраняется в течение длительного периода времени (рис. 7).

#### Состояние тканей пародонта

Преждевременная потеря зубов может быть связана с заболеваниями тканей пародонта. Установлено, что пародонтит тяжелой степени встречается у 5-20% лиц молодого возраста. На рисунке 8 представлена распространенность признаков воспалительных заболеваний пародонта по индексу CPI (0 – здоровые ткани пародонта, 1 - кровоточивость десны, 2 - зубной камень, 3 - пародонтальные карманы 4-5 мм, 4 - пародонтальные карманы 6 мм и более) в ключевой возрастной группе 35-44 лет в различных регионах ВОЗ. Заболевания пародонта широко распространены среди пожилых людей, однако уже многие дети и подростки имеют признаки гингивита [25].

В России признаки поражения тканей пародонта (кровоточивость десен, зубной камень)

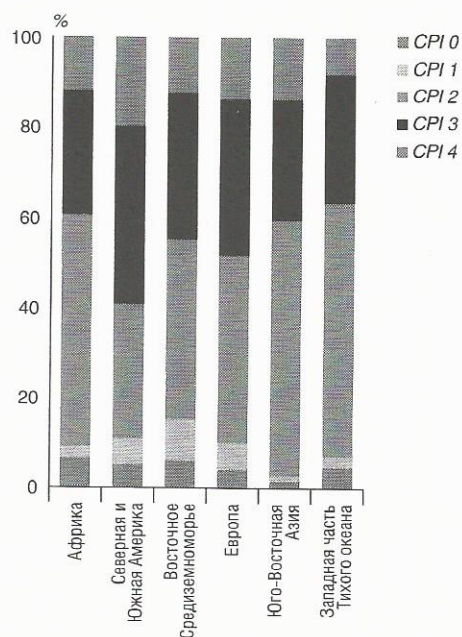
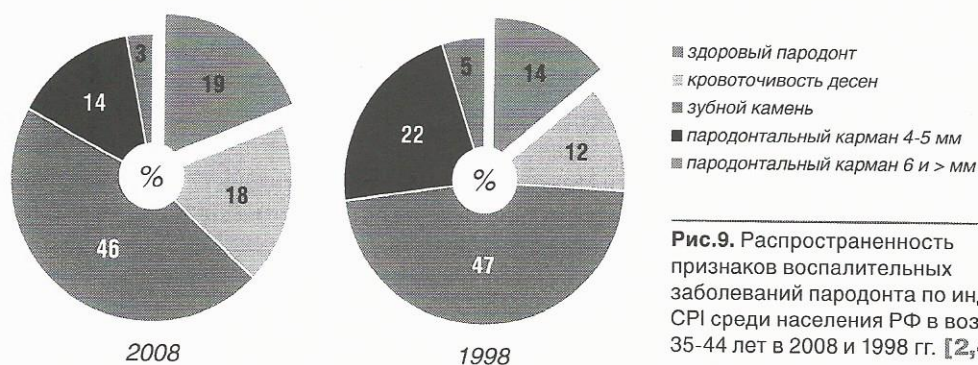
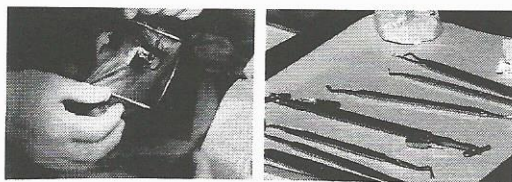


Рис. 8. Распространенность признаков воспалительных заболеваний пародонта по индексу CPI среди населения в возрасте 35-44 лет по данным Региональных бюро ВОЗ [19,25,30]

выявлены у 41% 15-летних подростков [4]. Количество лиц в возрасте 35-44 лет, имеющих здоровые ткани пародонта, в 2008 г. составило 19%. Данный показатель существенно не изменился по сравнению с результатами, полученными в 1998 г., однако за 10-летний период распространенность тяжелых признаков воспаления (па-





**Рис.9.** Распространенность признаков воспалительных заболеваний пародонта по индексу CPI среди населения РФ в возрасте 35-44 лет в 2008 и 1998 гг. [2,4]



**Рис.10.** Заболеваемость раком полости рта среди мужчин (стандартизованный по возрасту показатель ASR на 100000 населения) [13,16]

родонтальных карманов различной глубины) снизилась с 27 до 17% (рис.9).

### Рак полости рта

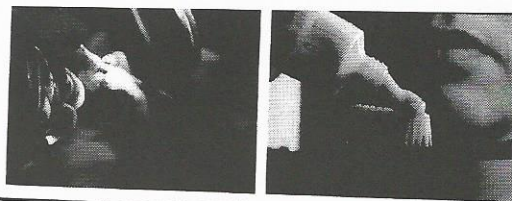
Рак полости рта занимает восьмое место в мире среди наиболее распространенных форм рака, при этом чаще встречается среди мужчин (рис.10) [13,16]. В южных странах Центральной Азии рак полости рта входит в число трех наиболее встречаемых форм рака. В Индии стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости раком полости рта (ASR) составляет 12.6 на 100000 населения. Одной из причин возникновения заболевания в данном регионе является употребление бездымного табака в виде листьев квиды, ареки или пана. Резкое увеличение заболеваемости раком поло-

сти рта зарегистрировано в некоторых странах с высоким уровнем дохода – в Германии, Дании, Франции, Шотландии, странах Центральной и Восточной Европа, в меньшей степени – в Австралии, Японии, Новой Зеландии и США [13]. Распространенность рака полости рта наиболее высока среди бедных и неблагополучных групп населения, имеющих вредные привычки курения и чрезмерного употребления алкоголя [7].

### Состояния полости рта при ВИЧ/СПИД

Согласно проведенным исследованиям, вирус иммунодефицита человека оказывает негативное влияние на состояние полости рта [8]. У 40-50% ВИЧ-инфицированных пациентов уже на ранних стадиях развиваются грибковые,





бактериальные или вирусные заболевания полости рта. Состояния полости рта, связанные с ВИЧ-инфекцией: псевдомембранозный кандидоз, волосистая лейкоплакия, ВИЧ-ассоциированные гингивит и пародонтит, саркома Капоши и Неходжскинская лимфома. В результате снижения слюноотделения развивается сухость полости рта, что увеличивает риск возникновения кариеса зубов и негативно влияет на качество жизни, т.к. нарушаются вкусовое восприятие пищи, функции жевания и глотания. Нуждаемость в неотложной стоматологической помощи и направлении к специалистам, в профилактике и лечении состояний полости рта, связанных с ВИЧ, а также в пропаганде здорового образа жизни преобладает среди бедных и неблагополучных групп населения развивающихся стран [10].

### Травма зубов

В отличие от кариеса и заболеваний пародонта, достоверные данные о частоте встречаемости и тяжести травматического поражения зубов среди населения большинства стран, особенно развивающихся, до сих пор недостаточны. В некоторых странах Латинской Америки травма зубов встречается у 15% школьников, Ближнего Востока – у 5-12% детей 6-12 лет. В индустриально развитых странах распространенность травматических поражений зубов у детей выше и составляет 16-40% среди 6-летних и 4-33% среди 12-14-летних [5]. Значительная часть травм зубов происходит при занятии спортом, на небезопасных детских площадках, в результате дорожно-транспортных происшествий или насилия.

### Эрозия зубов

Эрозия зубов – прогрессирующая необратимая убыль твердых тканей зубов в результате химического воздействия на поверхность зубов внешних или внутренних кислот. Эрозия зубов становится глобальной проблемой, при этом диагностируется у 6-50% детей 2-5 лет и у 10% молодого и взрослого населения [27]. Рост распространенности данной патологии связан с увеличением употребления сладких и кислых напитков. Выявлена необходимость проведения среди населения систематических исследований распространенности эрозии зубов с использованием стандартных критериев оценки.

### Аномалии и пороки развития

Аномалии развития эмали и дентина зубов, нарушения числа, размера и формы зубов,

врожденные дефекты челюстно-лицевой области, такие как расщелина губы и/или неба – важные составляющие стоматологической заболеваемости. Частота возникновения расщелин губы и неба значительно варьирует во всем мире. Среди коренных американцев данный показатель достигает 3.74 на 1000 новорожденных, среди европейцев колеблется от 1:600 до 1:700. В России, по данным Министерства Здравоохранения, в 2001 г. на 10000 новорожденных приходилось 32 ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба, а в последние годы наблюдается увеличение частоты рождения детей с аномалиями челюстно-лицевой области [3]. Частота заболеваемости высокая среди азиатов (0.82-4.04 на 1000 новорожденных), средняя у кавказцев (0.9-2.69 на 1000 новорожденных) и низкая у африканцев (0.18-1.67 на 1000 новорожденных). Причины возникновения расщелин губы и неба комплексные, включают генетические и экологические факторы риска. Особое влияние на формирование данной патологии оказывают дефицит фолиевой кислоты, курение и возраст матери особенно [31].

Малокклюзия, или нарушение прикуса, является стоматологической патологией, в ряде случаев влияющей на качество жизни индивидуума. Данные оценки зубочелюстных аномалий представлены различными странами, преимущественно из Северной Европы и Северной Америки. Расчет стоматологического эстетического индекса показал, что их распространенность составляет 10% [32]. В Российской Федерации данный показатель существенно выше: в ходе эпидемиологического стоматологического обследования (2008 г.) различные виды зубочелюстных аномалий были выявлены у 55% 12-летних детей и 57% 15-летних подростков. Наиболее частым нарушением являлись аномалии положения зубов во фронтальном отделе (скученность в резцовых сегментах), которые регистрировали у трети обследованных [2].

К другим состояниям, при которых требуется специализированная лечебно-профилактическая помощь, относятся синдром Дауна, церебральный паралич, умственная и физическая отсталость, генетические и наследственные заболевания с челюстно-лицевыми дефектами.

Достоверные данные о динамике распространенности аномалий и пороков развития, в том числе с учетом социально-экономического статуса, отсутствуют, т.к. эти исследования не проводились [31]. В некоторых странах Африки, Центральной Азии, Латинской Америки,





Ближнего Востока и Восточной Европы распространенность данной патологии вообще не изучена.

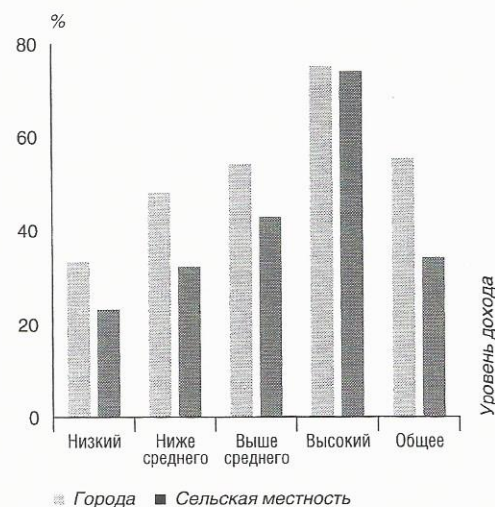
### Флюороз зубов

**Ф**люороз зубов возникает в период формирования и развития эмали и дентина. К развитию эндемического очага флюороза среди населения в регионе приводит концентрация фторида в питьевой воде более 1.5 ppm (мг/л). Выделяют несколько степеней тяжести флюороза. Например, в районе Большой рифтовой долины Восточной Африки и некоторых районах Индии и Северного Таиланда содержание фторида в грунтовой воде очень высокое, в связи с этим флюороз зубов выявляется у большинства людей, проживающих на этих территориях [32]. Флюороз может возникать у населения развитых стран в результате бесконтрольного использования определенных форм фторидов для профилактики кариеса зубов, в этом случае степень флюороза в основном легкая в отличие от эндемического очага данного заболевания. В Российской Федерации, где большинство территорий снабжается из водоисточников с низким содержанием фторида, распространенность флюороза составляет 2-3%. Однако в районах с оптимальной и повышенной концентрацией фторида в питьевой воде флюороз был выявлен у трети обследованных детей и подростков. В структуре поражения преобладали очень слабые и слабые формы, флюороз средней степени тяжести регистрировали в 6-7% случаев, тяжелой степени – у 2% обследованных [11].

### Стоматологическая помощь

**Л**ечение стоматологических заболеваний является чрезвычайно дорогим для пациента и общества. В большинстве развитых стран 5-10% средств общественного здравоохранения выделяются на стоматологическую помощь [28,29]. Уменьшение распространенности стоматологических заболеваний и снижение затрат на их лечение отмечается в странах, которые развивают профилактическое направление. Традиционно заболеваемость снижается в странах с высоким уровнем дохода населения в результате проведения лечебно-ориентированных стоматологических программ, основанных на оказании стоматологической помощи специалистами частных клиник. В ряде развитых стран действует система страховой медицины.

Государственные стоматологические клиники существуют только в некоторых развитых странах, при этом они оказывают стоматологи-



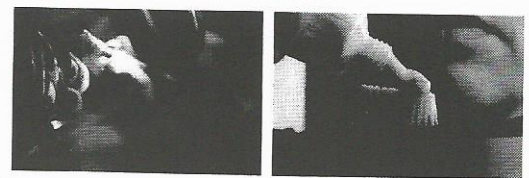
**Рис.11.** Процент городского и сельского населения в возрасте 65-74 лет, получающий стоматологическую помощь, в странах с различным доходом населения [15,24]

ческую помощь, в основном, детям и социально незащищенным группам населения.

В странах с низким и средним доходом населения государственная политика по вопросам сохранения здоровья полости рта и финансирования здравоохранения имеет низкий приоритет [15]. Средства выделяются, в основном, на неотложную стоматологическую помощь. В связи с этим, у населения определяется большое количество зубов с кариозными поражениями или зубы удаляют по причине боли и дискомфорта. По данным ВОЗ, лица с неудовлетворительным состоянием полости рта имеют право получать первичную стоматологическую помощь для обеспечения качества жизни [12]. Однако в странах с низким и средним доходом значительная часть населения не охвачена первичной стоматологической помощью. Существует нехватка врачей-стоматологов и вспомогательного медицинского персонала, особенно в сельской местности. Стоматологическое лечение, в основном, проводится в региональных и центральных городских больницах. В этой связи специалисты первичного медицинского звена, обученные вопросам стоматологии, а также вспомогательный персонал могут осуществлять раннюю диагностику заболеваний полости рта и оказывать необходимую помощь.

Недостаток медицинского персонала является одной из причин низкой доступности стоматологической помощи населению разви-





вающихся стран. Высокая цена на лечение – другая важная причина, по которой многие бедные люди не пользуются стоматологическими услугами. Различия в функционировании стоматологических служб разных стран и внутри одной страны связаны, в первую очередь, с нерациональным финансированием. Согласно исследованиям ВОЗ, в странах с низким доходом населения охват стоматологическими услугами пожилых людей с выраженной потребностью в лечении значительно ниже, чем в странах с высоким доходом, также значительные различия выявлены в доступности стоматологической помощи городским и сельским жителям (рис. 11).

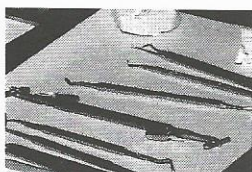
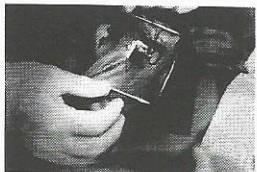
**P.S.** Таким образом, заболевания полости рта являются актуальной проблемой здравоохранения во всех странах мира. Стоматологическое здоровье значительно влияет на качество жизни людей и общества в целом. Наибольшая распространенность основных заболеваний полости рта выявлена среди

бедных и неблагополучных слоев населения. Значительное влияние на стоматологическую заболеваемость оказывают факторы риска, связанные с образом жизни населения, условиями окружающей среды, а также качество и доступность стоматологической помощи [17]. В 2007 году принята Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (WHA60.17) ВОЗ, в которой был представлен глобальный план обеспечения здоровья полости рта, основанный на включении профилактики стоматологических заболеваний в национальные программы общественного здравоохранения [20]. Проведенные исследования свидетельствуют об актуальности выявления и устранения общих факторов риска. Установлена необходимость повышения доступности первичной стоматологической помощи в развивающихся странах [18]. Следует отметить возможность устранения социального неравенства в области здоровья полости рта путем эффективного использования имеющихся средств и финансирования с учетом первоочередных потребностей населения.

#### Литература

1. Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н., Васина С.А. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. – М., 2009 – 232 с.
2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М., 1999. – 228 с.
3. Кузьмина Э.М., Петрина Е.С., Дьякова С.В., Монгуш Ю.Б. Профилактика стоматологических заболеваний у детей с врожденной расщелиной губы и неба. Учебное пособие. – М., 2009. – 84 с.
4. Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., с соавт. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. – М., 2009 – 228 с.
5. Andreasen J.O., Andreasen F.M. Dental trauma. In: Pine C., editor. Community Oral Health. - London: Elsevier Science Limited, 2002.
6. Chen M., Andersen R.M., Barmes D.E., Leclercq M.-H., Lyttle S.C. Comparing oral health systems. A Second International Collaborative Study. - Geneva: WHO, 1997.
7. Conway D.I., Brewster D.H. et al. Widening socio-economic inequalities in oral cancer incidence in Scotland, 1976–2002. // British J. Cancer. – 2007. – V.96. – P.818-820.
8. Coogan M., Greenspan J., Challacombe S.J. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. // Bull. World Health Organ. – 2005. – V.83. – P.700-706.
9. Enwonwu C.O., Salako N. The periodontal disease – systemic health – infectious disease axis in developing countries. // Periodontology 2000. – 2012. – V.60. – P.64-77.
10. Fabian F.M., Kahabuka F.K., Petersen P.E., Shubi F.M., Jürgensen N. Oral manifestations among people living with HIV/AIDS in Tanzania. // Int. Dent. J. – 2009. – V.59. – P.187-191.
11. Genco R.J., Williams R.C. Periodontal disease and overall health: A clinician's guide. - Yardley, Pennsylvania: Professional Audience Communications, INC., 2010.
12. Hosseini A.R., Itani L., Petersen P.E. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: Results from the World Health Survey. // J. Dent. Res. – 2012. – V.91, №3. – P.275-281.
13. International Agency for Research on Cancer.GLOBOCAN. - Lyon: WHO, 2012. URL:<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/index.php>.
14. Kandelman D., Arpin S., Baez R.J., Baehni P.C., Petersen P.E. Oral health care systems in developing and developed countries. // Periodontology 2000. – 2012. – V.60. – P.98-109.
15. Kwan S., Petersen P.E. Oral health: equity and social determinants. In: Blas E., Kurup A.S. Equity, social determinants and public health programmes. - Geneva: WHO, 2010. – P.159-176.
16. Petersen P.E. Oral cancer prevention and control - the approach of the World Health Organization. // Oral Oncology. – 2009. – V.45, №4-5. – P.454-460.
17. Petersen P.E. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2005. – V.33. – P.274-279.





18. **Petersen P.E.** Strengthening of oral health systems: oral health through Primary Health Care. // *Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre.* – 2014. – V.23 (Suppl.1). – P.3-9
19. **Petersen P.E.** The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2003. – V.31 (Suppl.1). – P.3-24.
20. **Petersen P.E.** World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. // *Int. Dent. J.* – 2008. – V.58. – P.115-121.
21. **Petersen P.E., Jørgensen N.** National surveillance of adult dental health in Denmark – the development over nearly 25 years. // *Int. Dent. J.* – 2016 (forthcoming).
22. **Petersen P.E., Kandelman D., Arpin S., Ogawa H.** Global oral health of older people - call for public health action. // *Community Dental Health.* – 2010. – V.27 (Suppl.2). – P.257-268.
23. **Petersen P.E., Kjølner M., Christensen L.B., Krstrup U.** Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. // *J. Public Health Dent.* – 2004. – V.64. – P.127-135.
24. **Petersen P.E., Kwan S.** Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2011. – V.39. – P.481-487.
25. **Petersen P.E., Ogawa H.** The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. // *Periodontology 2000.* – 2012. – V.60. – P.15-39.
26. **Sheiham A., Watt R.G.** The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. // *Community Dent. Oral Epidemiol.* – 2000. – V.28. – P.399-406.
27. **Ten Cate J.M., Imfeld T.** Dental erosion, summary. // *Eur. J. Oral Sci.* – 1996. – V.104. – P.241-244.
28. **US Department of Health.** Health Care Financing Administration. National health expenditures, 1998. Washington: Health Care Financing Administration. <http://www.nidr.nih.gov/sgr/sgrweb/toc.htm>.
29. **Widström E., Eaton K.A.** Oral health care systems in the extended European Union. // *Oral Health Prev. Dent.* – 2004. – №.2. – P.155-94.
30. **World Health Organization.** Global Oral Health Data Bank. - Geneva: WHO, 2015.
31. **World Health Organization.** Global strategies to reduce the health care burden of craniofacial anomalies. - Geneva: WHO, 2002.
32. **World Health Organization.** Inadequate or excess fluoride: a major public health concern. - Geneva: WHO, 2010.
33. **World Health Organization.** Oral health surveys - Basic Methods (5th Edition). - Geneva: WHO, 2013.

Контактная информация  
для переписки:  
nocaries@mail.ru

#### SUMMARY

#### **The burden of oral disease and risks to oral health – major challenges in public health**

**P.E.Petersen, E.M.Kuzmina**  
Despite great improvements in the oral health of populations in several countries, global problems still persist. The burden of oral disease is particularly high on the disadvantaged and poor population groups. In addition to poor living conditions, the major risk factors to oral health relate to unhealthy lifestyles and low availability and accessibility of oral health services. Worldwide strengthening of public health intervention through implementation of integrated disease prevention measures, primary health care, population-directed oral disease prevention, and health promotion is urgently needed.

#### **Key words:**

*oral health, dental diseases, risk factors, public health*